



Gesundheitsamt
Landeshauptstadt Düsseldorf

Befragung
Substanzmissbrauch im Alter

Gesundheitsbericht Düsseldorf



Inhaltsverzeichnis

Einführung	2
Das Thema Abhängigkeit im Alter	4
Befragung Substanzmissbrauch im Alter	6
Fazit	17
Erste Ansätze	19

Einführung

Als zentrales Gremium zur Steuerung und Koordination der gesundheitlichen Versorgung bearbeitet die Düsseldorfer Gesundheitskonferenz Fragen der gesundheitlichen Versorgung in Düsseldorf und unterstützt die Politik durch fachliche Stellungnahmen bei gesundheitspolitischen Entscheidungen. Ziel ist es, im Rahmen der kommunalen Pflichtaufgabe gemäß des "Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst" (ÖGDG), die vorhandenen Angebote besser auf die Bedürfnisse der Bevölkerung abzustimmen. In themenspezifischen Arbeitsgruppen werden konkrete Probleme erörtert und Lösungsvorschläge entwickelt, die wiederum der Gesundheitskonferenz vorgestellt werden.

In diesem Kontext steht die Befragung zum Thema „Substanzmissbrauch im Alter“, die von der Geschäftsstelle der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz durchgeführt wurde. Die Befragung wurde von der Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz initiiert. Mitglieder dieser Arbeitsgruppe sind u. a. Entscheidungsträger aus Kliniken, niedergelassener Ärzteschaft, Gesundheitsverwaltung, Wohlfahrtsverbänden, Suchthilfe und politischen Gremien. Die zukünftige „Demografische Entwicklung“, „Multimorbidität“ und „psychische Veränderungen im Alter“ bestimmen seit einigen Jahren als wichtige Themen die Diskussionen in der Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie. Bearbeitet wurden diese Themen auch im Rahmen zweier Fachtagungen der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz, im Jahr 2002 und im Januar 2008.

Primärer Anlass für die Bearbeitung der Thematik „Substanzmissbrauch im Alter“ waren Problemstellungen von Kliniken über vermehrt auffällige suchtabhängige alte Menschen und ‘austherapierte’ alte Suchtkranke. Die nachklinische Versorgung von z. B. Korsakow-Patienten erwies sich aufgrund fehlender adäquater nachstationärer Versorgungsangebote als sehr schwierig und führte zu einer Erhöhung der Verweildauer in den Psychiatrischen Kliniken.¹

Ziel in diesem Kontext war es, Daten für die Stadt Düsseldorf zu erheben, die eine Einschätzung über die Relevanz der Suchtproblematik in der Altersgruppe der 60-Jährigen und Älteren ermöglichen sollten. Auch sollte eruiert werden, ob sich aus den Angaben Indikatoren für die Identifikation dieser speziellen Klientel ableiten lassen.

Nach eingehenden Recherchen und Diskussionen entschied die AG Gerontopsychiatrie, eine anonyme Befragung der betreuenden Institutionen und Personen zum Thema Substanzmissbrauch im Alter durchzuführen. Hierbei konnte die Arbeitsgruppe auf eine Befragung des Ortenaukreises² mit vergleichbarem Design zurückgreifen. Mit der Düsseldorfer Befragung wird die Erfassung der Einschätzungen der befragten Institutionen und Dienste zu deren Problemwahrnehmung im Kontext „Sucht im Alter“ dargestellt.

Die AG Gerontopsychiatrie ging davon aus, dass sich der in den letzten Jahren vermehrt in den psychiatrischen Kliniken anzutreffende Substanzmissbrauch im Alter auch in der Praxis der ambulanten und stationären Altenhilfe widerspiegeln müsse.

Die Befragung sollte zunächst Aufschluss darüber geben, ob die Thematik Substanzmissbrauch älterer Menschen in stationären Altenhilfeeinrichtungen von Belang ist.

Ziel der Institutionsbefragung war es auch, Aussagen über:

- den eingeschätzten Problemdruck,
- die spezifischen Substanzen,
- die konkret durch den Substanzmissbrauch entstehenden Problemlagen sowie
- Interventionen zu eruiieren.

In einem ersten Schritt erfasste die Befragung die Düsseldorfer Altenheime, in denen 2007 etwa 6.000 ältere Menschen betreut wurden. Dieses waren 2007 etwa 5,4% der über 65-jährigen Menschen in Düsseldorf.

¹ vgl. Protokoll der AG Gerontopsychiatrie der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz vom 08. Juni 2004, TOP IV

² Gesundheitsbericht Sucht zur Situation im Ortenaukreis, Landratsamt Ortenaukreis Sozialdezernat, Amt für Soziale und Psychologische Dienste, September 2003

Für die Gruppe der ambulant versorgten und der nicht pflege- / versorgungsbedürftigen alten Menschen vermutete die Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie eine hohe Dunkelziffer.

Eine Ausweitung der Befragung auf die ambulanten Pflegedienste, die Betreuungsvereine und den Bezirkssozialdienst, konnte die Datenbasis erweitern und die Ergebnisse aus der stationären Befragung erhärten. Die Befragung im ambulanten Bereich bestätigte die These, dass die Thematik „Substanzmissbrauch im Alter“ in der täglichen Arbeit von Betreuern, Pflegekräften und Sozialarbeitern in der zugehenden ambulanten Versorgung relevant ist. So werden die Befragten der Dienste und Einrichtungen häufig mit der Thematik Sucht konfrontiert, wobei die Substanzen sich in ihrer Ausprägung je nach Bereich, ambulante oder stationäre Versorgung, z. T. deutlich unterscheiden.

Die Ergebnisse wurden in der Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz diskutiert und beraten. Der vorliegende Bericht zur Befragung Substanzmissbrauch wurde in Kooperation mit dieser Arbeitsgruppe erstellt.

Auf der Grundlage dieses Berichtes gilt es nun durch die Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz, auch in Kooperation mit anderen Gremien der gesundheitlichen Versorgung älterer und suchtkranker Menschen in Düsseldorf, Handlungsempfehlungen zu entwickeln.

Im Folgenden werden die Relevanz des Themas, die Ergebnisse der Befragung, sowie erste Ansätze für spezielle Angebote differenziert dargestellt.

Ein herzlicher Dank gilt an dieser Stelle allen, die diese Befragung unterstützt oder an ihrer Realisierung beteiligt waren.

Das Thema Abhängigkeit im Alter

Das Thema Abhängigkeitserkrankungen im Alter erfährt aus unterschiedlichen Richtungen zunehmend Beachtung. Für die Suchthilfe ist es ein relativ junges Thema, denn die Suchthilfe ist mit ihren Interventionsinstrumenten, Strategien und Zielen primär stark an jungen Menschen und an Menschen im erwerbsfähigen Alter orientiert. Sie erkennt jedoch zunehmend die stetig wachsende Handlungsnotwendigkeit für die Gruppe der älteren Menschen. Nicht zuletzt durch medizinische und pharmakologische Entwicklungen haben Abhängigkeitskranke heute eine weitaus höhere Lebenserwartung als noch vor 30 Jahren. Das belegt der Bericht der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) mit der Feststellung, dass es im Bereich illegaler Drogen z. B. mit Methadonprogrammen „inzwischen besser gelingt, Patienten in Behandlung zu halten und Todesfälle durch Überdosierung zu reduzieren“³. Die jeweils unterschiedlichen Ausprägungen der abhängigkeitsindizierten Problemlagen im Zusammenhang mit der Eigenständigkeit in der Lebensgestaltung und den Lebensperspektiven erfordern individuelle, altersspezifische Behandlungs- und Therapiekonzepte. Normale, durch den natürlichen Alterungsprozess hervorgerufene, Veränderungen erschweren die Diagnostik und Behandlung.

Im Folgenden wird der Konsum von Substanzen wie Alkohol, Nikotin, Psychopharmaka und Analgetika näher betrachtet. Hinweise auf den Konsum von illegalen Drogen wie z. B. Heroin in der Altersgruppe gab es im Rahmen der Befragung nicht. Diese sind daher nicht Gegenstand des Berichtes.

Veränderungen des Stoffwechsels im Alter sind nicht generell pathologischer Genese, sondern Ausprägungen im Sinne eines normalen Alterungsprozesses des Organismus. Im Rahmen dieser normalen Veränderungsprozesse verschieben sich die Sensibilitäten des Organismus auf exogene Substanzen wie z. B. Alkohol.

Der Stoffwechsel des Körpers, bezogen auf die Substanz Alkohol, verändert sich im Alter derart, dass einerseits durch einen geringeren Flüssigkeitsanteil des Körpers nach Alkoholkonsum die Alkoholkonzentration erhöht ist. Zudem wird Alkohol, bedingt durch den veränderten Stoffwechsel im Alter, langsamer abgebaut.

Als weiterer Faktor kommt hinzu, dass durch Alkoholabhängigkeit bedingte Symptome nicht immer eindeutig von altersbedingten Veränderungen abzugrenzen sind.

Nach den Zahlen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen betreiben in der Altersgruppe 60 Jahre und älter 26,9% der Männer und 7,7% der Frauen einen riskanten Alkoholkonsum.⁴

Ähnlich der Veränderungen bei der Wirkung des Alkohols ist auch die Wirkung von Arzneimitteln im Alter verändert.

In Kombination mit Alkohol kann die Aufnahme und der Abbau von Medikamenten verlangsamt, beschleunigt oder grundlegend verändert werden. (vgl. DHS)⁵ Auch ist davon auszugehen, dass die Wechselwirkungen von Alkohol und Medikamenten nicht immer als solche erkannt werden.

Von paradoxen Wirkungen bis hin zur Aufhebung der Arzneimittelwirkung sind alle Nebenwirkungen möglich. Dieser wesentliche Aspekt muss in der Verordnungspraxis Berücksichtigung finden, z. B. durch Berücksichtigung der „Beers Kriterien“. Die Beers Kriterien beschreiben zu berücksichtigende Aspekte bei der Medikamentenauswahl und -verordnung für ältere Patienten.⁶

Bei den psychoaktiven Substanzen und den Schmerzmitteln nennt die DHS zwischen 5 und 10% der 60-Jährigen und Älteren, die einen problematischen Gebrauch dieser Substanzen aufweisen.⁷

⁴ DHS Schwerpunktjahr 2006 Unabhängig im Alter, Zahlen im Überblick, DHS e.V., Hamm

⁵ Substanzbezogene Störungen im Alter, Informationen und Praxis-hilfen, DHS e.V. (Hrsg.) Hamm, 2006, S. 40

⁶ ebd., S. 42

⁷ DHS Schwerpunktjahr 2006 Unabhängig im Alter, Zahlen im Überblick, DHS e.V., Hamm

Über die Hälfte aller Verordnungen sind für die Patientengruppe der über 60-Jährigen bestimmt.⁸ Neben möglichen Wechselwirkungen bei Polypharmazie besteht zudem eine große Unklarheit in Bezug auf eine zusätzliche Selbstmedikation älterer Patienten. Diese Selbstmedikation stellt neben den verordneten, teilweise sich gegenseitig in ihrer Wirkung beeinflussenden, Substanzen ein zusätzliches Gefährdungspotenzial, nicht nur für eine Abhängigkeit, dar.

Neben Alkohol und Medikamenten führt auch der Konsum von Nikotin zu Prozessen, die auch im regelhaften Alterungsprozess anzutreffen sind.

Nach DHS-Aussagen zum Rauchen, sind 7% der Frauen und 16% der Männer in der Altersgruppe 60 Jahre und älter, Raucherinnen bzw. Raucher.⁹

Rauchen reduziert das Sauerstoffangebot für den Organismus. Herz-/Kreislaufkrankungen können als klassische Komplikationen langjährigen Rauchens, aber auch als altersbedingte Organveränderungen betrachtet werden.

Das Institut für Therapieforschung (IFT) in München leitet aus den Ergebnissen der Suchthilfestatistik 2006 ab, dass Patienten mit einer diagnostizierten Alkohol- oder Tabakabhängigkeit oder aber einer Abhängigkeit von Sedative bzw. Hypnotika einen späteren Behandlungsbeginn verzeichnen als Konsumenten von Kokain, Opiaten oder Cannabis.¹⁰

Dies ist ein wichtiger Hinweis auf die gesellschaftliche Akzeptanz der Alltagsdrogen Nikotin und Alkohol, insbesondere in der Zielgruppe der älteren Bürgerinnen und Bürger.

⁸ Substanzbezogene Störungen im Alter, Informationen und Praxis-hilfen, DHS e.V. (Hrsg.) Hamm, 2006, S. 38, f

⁹ DHS Schwerpunktjahr 2006 Unabhängig im Alter, Zahlen im Überblick, DHS e.V., Hamm

¹⁰ Substanzbezogene Störungen im Alter, Informationen und Pra-xishilfen, DHS e.V. (Hrsg.) Hamm, 2006, S. 38, f

Düsseldorf

In der nordrhein-westfälischen Landeshauptstadt Düsseldorf lebten im Jahr 2007 585.054 Einwohner, davon 305.081 Frauen. Die Altersgruppe der 60-Jährigen und Älteren betrug zu diesem Zeitpunkt 145.558, davon 84.336 Frauen und 61.222 Männer.¹¹ 145.230 von 309.000 Düsseldorfer Haushalten sind 1-Personen-Haushalte.¹² Bei einer um 4,2% steigenden Bevölkerungszahl für Düsseldorf - entgegen dem sinkenden Landestrend - wird der Anteil der 80-Jährigen und Älteren bis zum Jahr 2020 um 34,4% steigen¹³. Auch für Düsseldorf stellt sich somit die Aufgabe, auf die demografischen Veränderungen frühzeitig mit adäquaten Maßnahmen zu reagieren.

Erfasste Einrichtungen und Dienste

Der Fragebogen wurde an 96 Einrichtungen im Sinne des Heimgesetzes verschickt. Im Jahre 2006 standen in diesen Einrichtungen 6410 Plätze¹⁴ für die Versorgung der Düsseldorfer Bürgerinnen und Bürger zur Verfügung.

Die zum Zeitpunkt der Befragung vom Pflegebüro erfassten 83 Pflegedienste in Düsseldorf erhielten den Fragebogen ebenso wie die Betreuerinnen und Betreuer der Betreuungsvereine und des Bezirkssozialdienstes. Auch die Berufsbetreuer konnten über die Betreuungsstelle des Jugendamtes in die Befragung eingebunden werden.

¹¹ Amt für Statistik und Wahlen Düsseldorf, <http://www.duesseldorf.de/statistik/themen/bevoelkerung/bev05.shtm>, 08/2008

¹² Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW

¹³ Demographiebericht Düsseldorf, Kurzfassung, Landeshauptstadt Düsseldorf, Amt für Statistik und Wahlen, Düsseldorf, 2008, S. 21

¹⁴ Tätigkeitsbericht der Heimaufsicht für das Jahr 2006, Landeshauptstadt Düsseldorf, Amt für soziale Sicherung und Integration, Düsseldorf, 2007, S. 8

Befragung

Substanzmissbrauch im Alter

Konzipiert wurde die Befragung von der Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz auf Wunsch des Ausschusses für Gesundheit und Soziales der Landeshauptstadt Düsseldorf im Jahr 2006.

Die Befragung startete zunächst mit der Aussendung der Fragebögen an stationäre Pflegeeinrichtungen. In einem zweiten Schritt wurde der Fragebogen an ambulant versorgende bzw. betreuende Institutionen und Betreuer und Betreuerinnen versandt.

Der Rücklauf aus dem stationären Bereich lag bei 44,2%, aus dem ambulanten Bereich bei 32,3%. Der Rücklauf für die Gesamtbefragung liegt bei 37,1%.

Fragebogen

Für eine Abfrage der Problemeinschätzungen von versorgenden Einrichtungen und Diensten musste ein Fragebogen nicht vollständig neu entwickelt werden. Zum Einsatz kam ein Fragebogen des Sozialdezernates im Landratsamt Ortenaukreises in leicht modifizierter Form.

Mit den Einstiegsfragen des anonym auszufüllenden Fragebogens sollte einerseits erfasst werden, in welchem Bereich der Versorgung, ambulant bzw. stationär, der Fragebogen ausgefüllt wurde. Darüber hinaus sollten noch Angaben zur Zahl der versorgten älteren Menschen durch den Dienst bzw. in der Einrichtung gemacht werden.

Zentraler Hinweis auf dem Fragebogen war die Angabe zum Alter der Zielgruppe, der über 60-Jährigen.

Der Fragebogen enthält neben den Kategorien zur Größe und Art des Dienstes/der Einrichtung weitere, überwiegend geschlossene Fragen mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten sowie zwei offene Fragen. Zudem ein freies Feld für Anregungen und Bemerkungen.

Zielsetzung

Die Befragung der versorgenden Institutionen, Dienste und Einrichtungen zum Thema Substanzmissbrauch im Alter verfolgte das übergeordnete Ziel, Aussagen über Abhängigkeitspotenziale und den Grad der Abhängigkeit älterer Menschen in häuslichen und stationären Versorgungssituationen zu erfassen.

Das Ziel sollte mit der Abfrage folgender Aspekte bei den Einrichtungen und Diensten erreicht werden:

- Häufigkeit, mit der Thematik Sucht im Arbeitsbereich in Berührung zu kommen.
- Vielfalt der Suchtmittel die im Arbeitsbereich vorkommen.
- Probleme, die im Arbeitsbereich im Zusammenhang mit der Thematik Sucht auftreten.
- Zeitpunkt, zu dem die Betroffenen auf das Suchtverhalten angesprochen werden.
- Maßnahmen, die bei Verdacht auf eine vorliegende Suchtproblematik ergriffen werden.
- Vorhandene und wünschenswerte Kooperation mit komplementären Diensten/Angeboten.
- Konkrete Hilfe- bzw. Unterstützungsbedarfe zum Thema Substanzmissbrauch im Alter.

Ergebnisse

Die Auswertung der Befragungsergebnisse erfolgte in einfacher prozentualer Berechnung der Häufigkeiten. Diese Häufigkeiten können sowohl nach Bereich als auch nach Berufsgruppen bzw. Professionen differenziert betrachtet werden. Es werden die Bereiche „stationäre Altenpflege“, „Pflegedienste“ und „Betreuer/Betreuerinnen/Bezirkssozialdienst (BSD)“ dargestellt. Die Zahlen des ambulanten Bereiches beinhalten die Daten der gesetzlichen Betreuer und Betreuerinnen, des Bezirkssozialdienstes (BSD) und der ambulanten Pflegedienste. Die Angaben der Betreuer und Betreuerinnen und des BSD sind in einer Kategorie Betreuer/BSD zusammen gefasst.

In der Darstellung einiger Frageergebnisse ergibt sich eine bessere Übersicht durch die Zusammenfassung der Antwortkategorien „selten“ und „nie“ sowie „öfters“ und „häufig“.

Frage 1:

Kommen Sie in Ihrem Arbeitsbereich mit der Thematik Sucht in Berührung?

- kommt nie vor
- selten/Einzelfälle
- öfters
- häufig

Auf die Frage nach der Häufigkeit der Konfrontation mit dem Thema Sucht in den Arbeitsbereichen antworteten 62% der Rückmeldenden, dass sie sich öfters und häufig mit der Thematik Sucht konfrontiert sahen. Rund 30% gaben an selten/in Einzelfällen mit dieser Thematik in Berührung zu kommen.

Hervorzuheben ist eine deutliche Differenz zwischen den verschiedenen Mitarbeitergruppen: die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Altenheime gaben zu 41,3% an, sie kämen häufig und öfters mit der Thematik in

Berührung, 45,7% wurden nie bzw. selten damit konfrontiert.

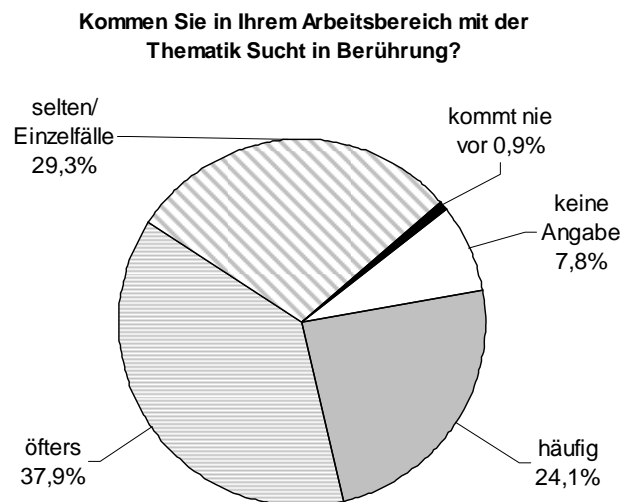


Abb. 1: Häufigkeiten der Berührung mit der Thematik Sucht im Arbeitsbereich; häufig, öfters, selten oder nie

Der Bereich der gesetzlichen Betreuer gab mit 86,7% an häufig/öfters mit der Thematik Sucht konfrontiert zu werden, hingegen nur 56% der antwortenden ambulanten Pflegedienste. 40% der Pflegedienste waren selten/nie mit Suchtproblemen konfrontiert.

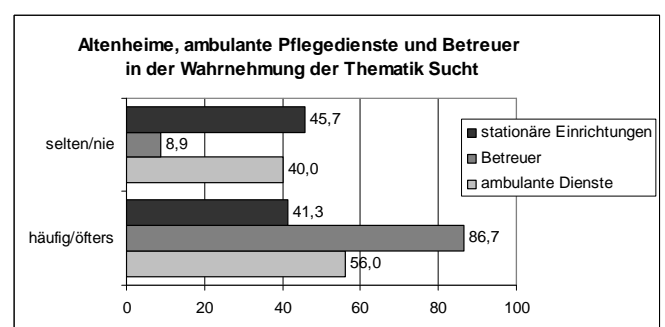


Abb. 2: Berührung mit der Thematik Sucht nach Tätigkeitsfeld

Das Antreffen von Suchtverhalten in den Arbeitsbereichen der Befragten ist somit im Tätigkeitsfeld der gesetzlichen Betreuer am häufigsten, gefolgt von den ambulanten Diensten und den stationären Einrichtungen.

Frage 2:

In welchem Umfang werden Sie mit folgenden Suchtmitteln/Suchtproblemen in Ihrem Arbeitsfeld konfrontiert?

- kommt nie vor
- selten/Einzelfälle
- öfters
- häufig

- Nikotin
- Alkohol
- Beruhigungsmittel / Schlafmittel
- Schmerzmittel
- Essstörungen
- Nicht-Stoffgebundene Süchte
- (Spielsucht, Kaufsucht, etc.)
- Sonstige:.....

Diese Frage bezieht sich auf die Suchtmittel, die die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Bereichen vorfinden. Neben eindeutig gesundheitsschädigenden Substanzen wie Alkohol und Nikotin wurde auch nach therapeutischen Substanzen wie Sedativa, Hypnotika und Analgetika gefragt. Nicht stoffgebundene Süchte sowie Essstörungen waren auch in die Fragestellung einbezogen.

Nikotin und Alkohol waren mit Abstand die am häufigsten genannten Suchtmittel, mit denen die Befragten in der beruflichen Praxis konfrontiert wurden.

Die am häufigsten genannte Substanz Nikotin verzeichnete insgesamt 73,3% der Nennung in den Kategorien häufig/öfters. Für 46,6% der Befragten war Nikotin häufig und für 26,7% öfters im Arbeitsfeld vorzufinden.

Mit welchen Suchtmitteln werden Sie in der Praxis konfrontiert?

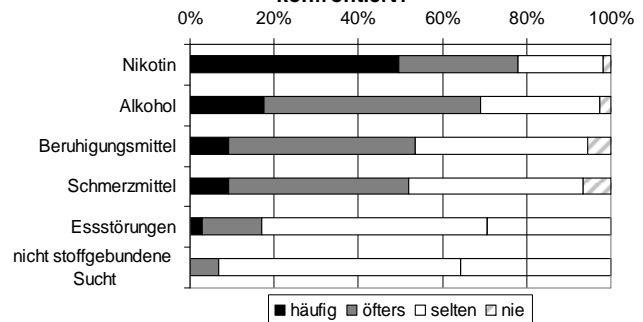


Abb. 3: Konfrontation mit Suchtmitteln im beruflichen Tätigkeitsbereich

Eine Differenzierung nach Mitarbeitergruppen zeigt deutliche Unterschiede in der Konfrontation mit den Suchtmitteln in der Praxis. So kamen 52,2% der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Heimen gegenüber 87,1% der ambulant Tätigen mit dem Suchtmittel Nikotin in der beruflichen Praxis häufig/öfters in Kontakt.

Bei weiterer Differenzierung der ambulant Tätigen standen die gesetzlichen Betreuer und Betreuerinnen zu 97,8% häufig/öfters dem Suchtmittel Nikotin gegenüber, Pflegedienstmitarbeiter zu 68%.

Mit 67,2% waren zwei Drittel aller Befragten häufig/öfters mit dem Suchtmittel Alkohol konfrontiert. In der Differenzierung sahen 97,8% der Betreuerinnen/Betreuer und 65% der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Pflegediensten gegenüber 33,5% der in Heimen Beschäftigten die Substanz Alkohol häufig/öfters.

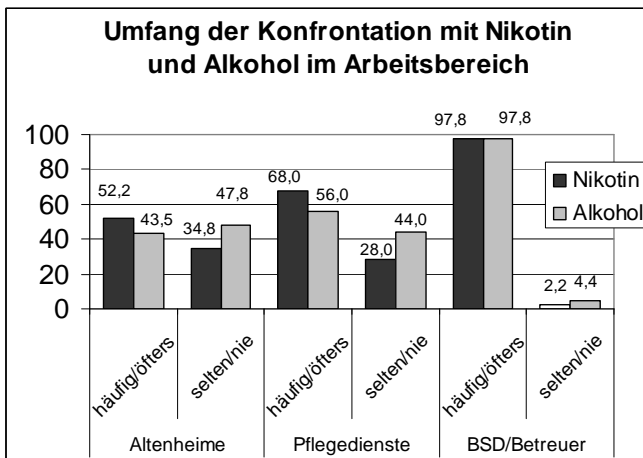


Abb. 5: Umfang der Konfrontation mit Nikotin und Alkohol nach Tätigkeitsbereich in %

50,8%, also die Hälfte der Befragten, fand im Arbeitsfeld häufig/öfters einen Missbrauch von Sedativa/Hypnotika vor. Bei den Analgetika waren es 48,3%, die diese als Suchtmittel in der täglichen Arbeit häufig/öfters identifizierten.

Sedativa wurden insgesamt mit 50,8% häufig/öfters genannt, bereichsspezifisch waren es bei den Pflegediensten in der Kategorie häufig/öfters 68% und 46,7% bei den Betreuerinnen/Betreuern/BSD. Letztere beobachteten zu 48,9% selten/nie Beruhigungsmittelabhängigkeit.

72% der Antworten aus den Pflegediensten nannten häufig/öfters Schmerzmittelmissbrauch in ihrer beruflichen Praxis, 20% eher selten/nie. In der Gruppe der Betreuerinnen/Betreuer/BSD erkannten 42,3% häufig/öfters einen Schmerzmittelmissbrauch, 48,9% eher selten. In der Gesamtbetrachtung nannten 48,3 % aller Rückmeldungen häufig/öfters den Aspekt Schmerzmittelmissbrauch.

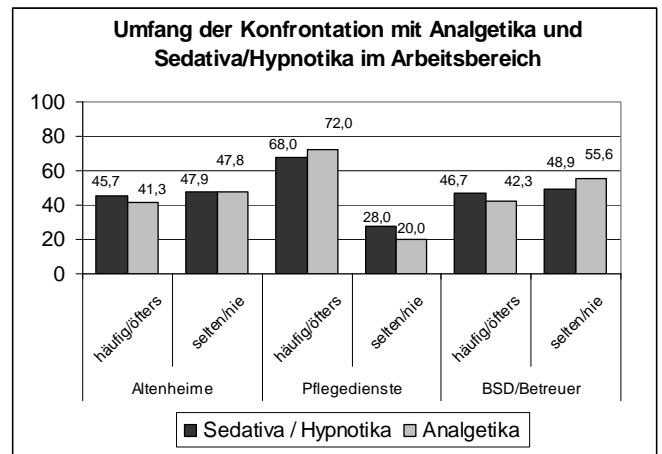


Abb. 6: Umfang der Konfrontation mit Beruhigungsmitteln und Schmerzmitteln nach Tätigkeitsbereich in %

Esstörungen stellen in der definierten Altersgruppe der über 60-Jährigen aktuell kein Problem dar – 73,3% aller Befragten sahen Essstörungen selten/nie. 80% der Pflegedienste sahen dieses nie, ebenso 73,4% der Betreuerinnen/Betreuer.

Als selten/nie auftretende Sucht nannten die Befragten zu 81,0% die nicht stoffgebundene Sucht, gefolgt von den Essstörungen mit 73,3%.

Frage 3:

Beobachten Sie von den unten genannten Problemen auch ein Auftreten in Ihrem Arbeitsbereich?

- verstärkte Vereinsamung
- gehäufte zeitweilige Orientierungslosigkeit
- auffallend verstärkte körperliche Leiden
- vermehrte Probleme der Betreuten mit ihrem sozialen Umfeld
- vermehrte Probleme des betreuenden Personals mit den Betreuten
- sonstiges:.....

In den Arbeitsbereichen waren alle aufgeführten Probleme bereits beobachtet worden. Mit 77,6% stand die „verstärkte Vereinsamung“ an der Spitze der Nennungen, gefolgt von „vermehrten Problemen der Betreuten mit dem sozialen Umfeld“ zu 72,4%. „Gehäufte zeitweilige Orientierungslosigkeit“ wurde zu 69,8% genannt, „auffallend verstärkte körperliche Leiden“ waren mit 61,2% anzutreffen.

„Probleme des betreuenden Personals mit dem Betreuten“ waren mit 30,2% zu fast einem Drittel vorzufinden.

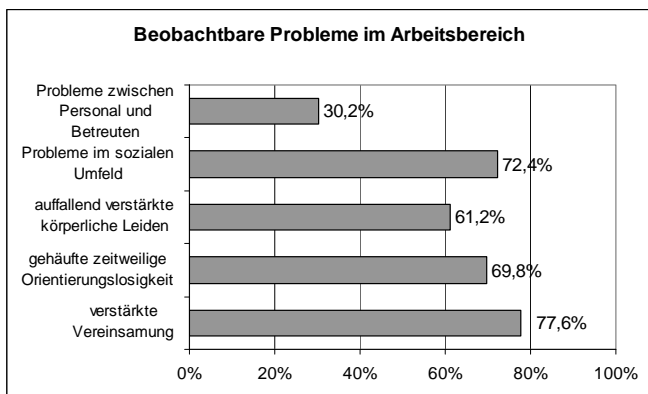


Abb. 7: Auftretende Probleme im Arbeitsbereich, gesamt in %

Betrachtet man die Bereiche getrennt, sahen die Betreuerinnen/Betreuer/BSD als größtes Problem die „verstärkte Vereinsamung“ mit 93,3% in ihrem Arbeitsbe-

reich, gefolgt von „vermehrten Problemen mit dem sozialen Umfeld“ zu 82,2% und „gehäufte zeitweilige Orientierungslosigkeit“ mit 77,8%.

Im stationären Bereich hingegen stand die „Orientierungslosigkeit“ mit 67,4% an der Spitze der Nennungen, gefolgt von „vermehrten Problemen mit dem sozialen Umfeld“ zu 63%, „verstärkt erkennbaren körperlichen Leiden“ mit 58,7% und „verstärkter Vereinsamung“ an vierter Stelle mit 56,5%.

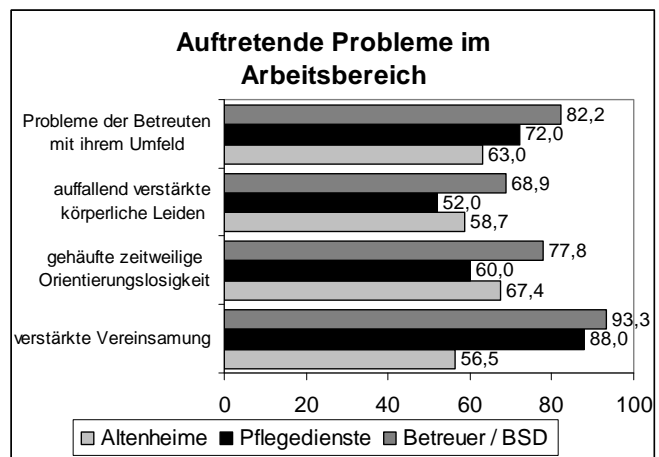


Abb. 8: ausgewählte auftretende Probleme in den Arbeitsbereichen in %

Frage 4:

Könnten diese Probleme auch mit der Thematik Sucht zusammenhängen?

- Sehe hierin keinen Zusammenhang
- Sehe in Einzelfällen einen Zusammenhang
- Sehe öfters einen Zusammenhang
- Sehe häufig einen Zusammenhang

Im Zusammenhang mit der Sucht sahen diese Probleme 87,1% der rückmeldenden Befragten, davon 43,1% in Einzelfällen, 31,9% öfter und 12,1% häufig.

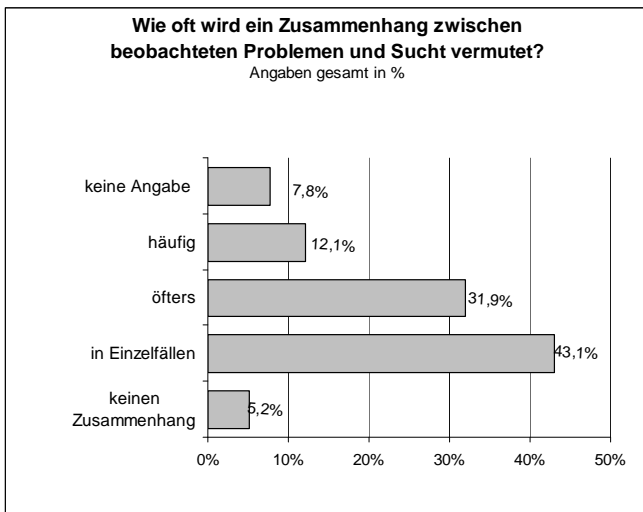


Abb. 10: Zusammenhang zwischen den beobachteten Problemen und Suchtverhalten gesamt in %

Während im ambulanten Bereich 17,1% häufig Zusammenhänge sahen, waren es im stationären Bereich nur 4,3%. Weitere große Unterschiede gab es bei der Einschätzung, dass kein Zusammenhang zwischen den Problemen und dem Thema Sucht vorliegt. Lediglich 2,2% aus der Gruppe Betreuerinnen/Betreuer/BSD sahen das, im Gegensatz zu 10,9% der in stationären Einrichtungen Tätigen.

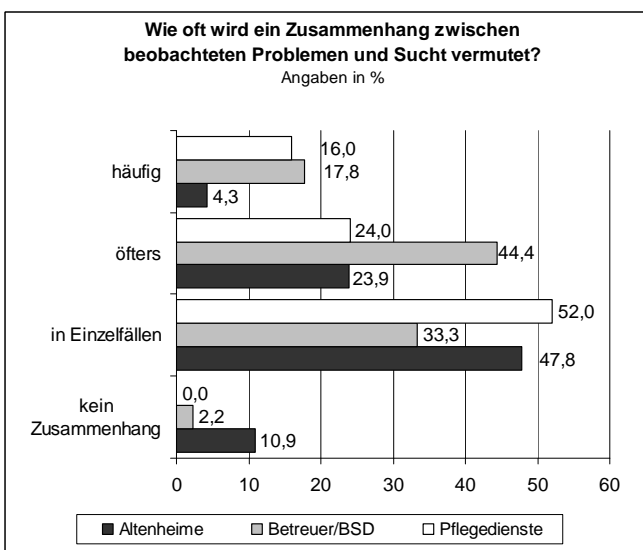


Abb. 11: Zusammenhang zwischen den beobachteten Problemen und Suchtverhalten, nach Bereichen in %

Frage 5:

Wann sprechen Sie mit Betreuten bei Verdacht auf eine vorliegende Suchtproblematik? (Mehrfachnennung möglich)

- Wenn das Thema vom Betreuten selbst angesprochen wird.
- Ist abhängig von der Beziehung zum Betreuten.
- Wenn die Sucht offensichtlich erkennbar ist.
- Wenn es konkrete Probleme durch die Sucht gibt.
- Wenn Angehörige das Thema ansprechen.
- Sehe ich nicht als meine Aufgabe an.

Alle Befragten sahen das Ansprechen auf die Suchtproblematik als ihre Aufgabe an und ergriffen die Initiative zu den in der Frage genannten Anlässen.

89,7% aller Befragten sprachen die Betroffenen an wenn es konkrete Probleme gab, die aus dem Suchtverhalten resultierten. Zu 75,9% wurde das Thema angesprochen wenn die Sucht offensichtlich erkennbar war. 67,2% warteten bis das Thema vom Betreuten selbst angesprochen wurde, weitere 50% warteten bis Sie von den Angehörigen angesprochen wurden.

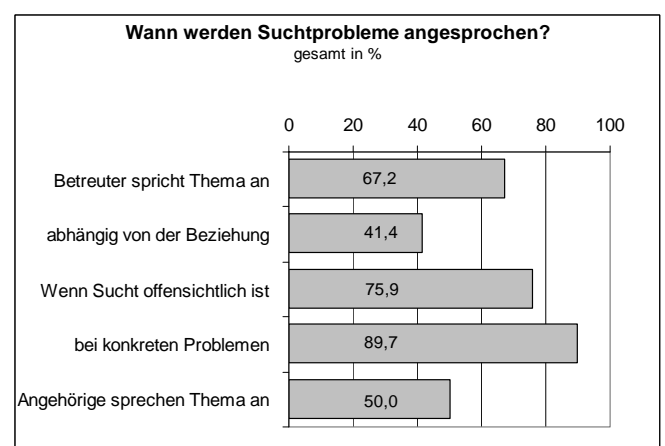


Abb. 12: Anlass, zu dem die Suchtproblematik angesprochen wird, gesamt in %

Im stationären Altenpflegebereich war das Ansprechen der Suchtproblematik zu 26,1% abhängig von der Beziehung zum Betreuten. Bei Pflegediensten zu 60% und bei den Beschäftigten im Bereich Betreuerinnen/Betreuer/BSD zu 46,7%.

In den anderen Antwortkategorien ergaben sich keine nennenswerten Differenzen zwischen den Bereichen.

Frage 6:

Welche Maßnahmen ergreifen Sie bei Verdacht auf eine vorliegende Suchtproblematik? (Mehrfachnennung möglich)

- Information der Angehörigen.
- Einschalten des behandelnden Arztes.
- Einschalten von Beratungsstellen.
- Aufzeigen von Konsequenzen.
- Habe keine Möglichkeit der Einflussnahme.
- sonstiges:.....

81% der Befragten schalten bei Verdacht auf eine vorliegende Suchtproblematik einen Arzt ein, 56,9% zeigten den Betroffenen Konsequenzen bei Substanzmittelmissbrauch auf, 55,2% informierten die Angehörigen und 28,4% schalteten Beratungsstellen ein.

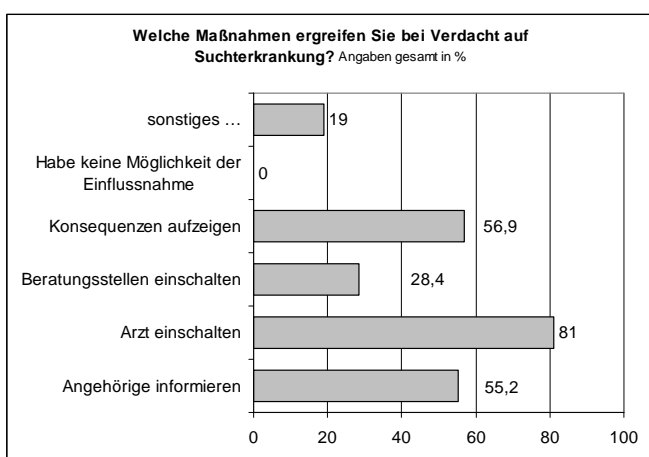


Abb. 13: Maßnahmen, die bei Verdacht auf Suchterkrankung ergriffen werden, gesamt in %

Im stationären Bereich wurde zu 89,1%, im Gegensatz zu 75,7% ambulant, ein Arzt eingeschaltet. Eine Information an die Angehörigen geben 69,6% im stationären Bereich gegenüber 45,7% ambulant.

67,1% zeigten den Betroffenen im ambulanten Bereich Konsequenzen auf, stationär waren dies nur 41,3%. Das Einschalten von Beratungsstellen war mit 40% im ambulanten Bereich eine gängige Intervention. Stationär fand diese mit 10,9% eher selten Anwendung.

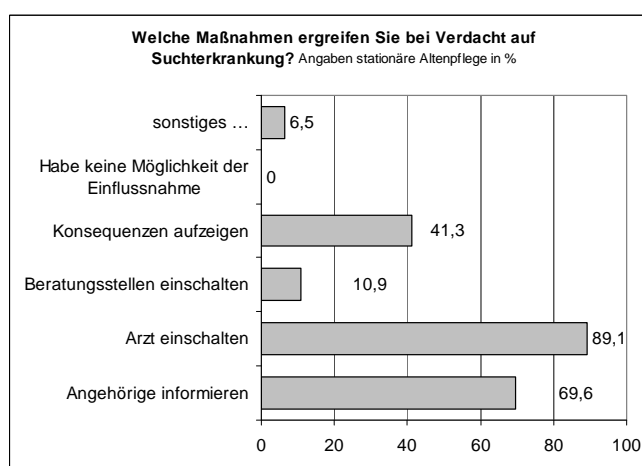


Abb. 14: Maßnahmen, die bei Verdacht auf Suchterkrankung ergriffen werden, stationäre Altenpflege in %

Große Unterschiede ergaben sich zwischen den Aussagen der Befragten in den Altenheimen und den befragten Betreuerinnen/Betreuer/BSD bei dem Kriterium „Konsequenzen aufzeigen“, 41,3% bei Altenheimen und 75,6% in der Gruppe Betreuerinnen/Betreuer/BSD. Ebenso gab es mit 10,9% bei den Altenheimen gegenüber 44,4% in der Gruppe der Betreuerinnen/Betreuer/BSD große Differenzen beim Kriterium „Beratungsstellen einschalten“. In der Kategorie „Angehörige informieren“ waren es 69,6% der Befragten in Altenheimen und 28,9% der Befragten Betreuerinnen/Betreuer/BSD.

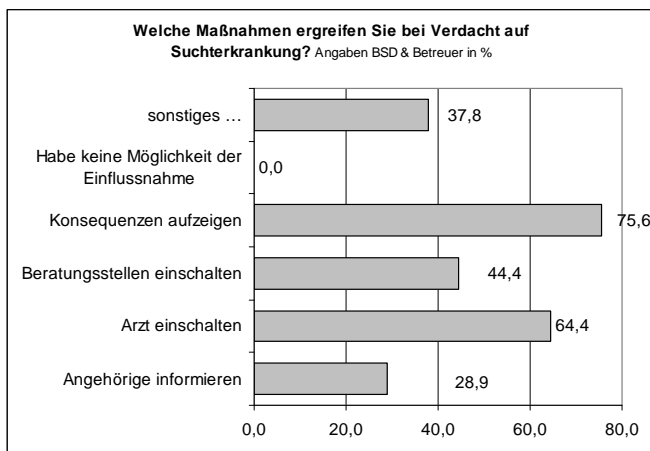


Abb. 15: Maßnahmen, die bei Verdacht auf Suchterkrankung ergriffen werden, Betreuer/BSD in %

Als weitere, „Sonstige Maßnahmen“, nannten die Befragten folgende:

- Gespräche mit den Betroffenen
- Information der Betroffenen über Beratungsmöglichkeiten
- Einbindung ambulanter psychiatrischer Zentren
- Einbeziehen von Schmerzambulanzen
- Einschalten von Gesundheitsamt und Ordnungsamt
- Einleitung von Entzugsmaßnahmen
- Einleitung Betreutes Wohnen
- Klinikeinweisung/geschlossene Unterbringung
- Heimunterbringung
- Medikamentengabe über Behandlungspflege
- kontrollierte Medikamentengabe
- Verwahrung der Versichertenkarte um Missbrauch einzuschränken
- Einkaufsbegleitung
- enge Zusammenarbeit mit Pflegedienst & ambulanten betreutem Wohnen
- Zusammenarbeit mit Ambulanz der zuständigen psychiatrischen Klinik
- stärkere soziale Kontrollen und Interventionen
- kontrolliertes Konsumieren

- Einwilligungsvorbehalte in Vermögensangelegenheiten

Aus den Altenheimen nannten 6,5% der Befragten „sonstige Maßnahmen“ gegenüber 37,8% aus dem Bereich Betreuer/BSD.

Frage 7:

Was kann Ihre Arbeit in Bezug auf das Problemthema Sucht unterstützen? Was wäre wünschenswert? Die Antworten der Befragten beziehen sich auf drei Bereiche:

- Information,
- Fortbildung und
- Vernetzung.

Deutlich wurde ein großer Bedarf unter den Betreuenden an mehr Informationen zum Thema Sucht sowie mehr Fortbildung zum Thema. Vorhandene Angebote bräuchten eine bessere Vernetzung, die Kooperation zwischen den Akteuren sei verbesserungswürdig.

Gefordert wurden zudem mehr ambulante bzw. zugehende/aufsuchende Hilfen, sowohl therapeutische als auch ärztliche. Außerdem gebe es kaum altersadäquate Angebote. Nachfolgend eine Auswahl der Angaben sortiert nach Bereichen.

Pflegedienste:

- Ausweiten ambulanter Angebote der Suchtbehandlung
- Einrichten präventiver Angebote für Ältere
- mehr Kontakt zu Selbsthilfegruppen
- Unterstützung durch Sozialarbeiter
- Finanzierte psychosozialer Betreuung im Zusammenhang mit medizinischer Versorgung
- mehr Beachtung des Suchtpotenzials bei rezeptpflichtigen Substanzen

- Spezialisierung zum Thema Substanzmissbrauch im Alter.

Antworten Betreuer/BSD:

- aufsuchender, beratender Fachdienst im Stadtteil
- Netzwerk Sucht als Koordinierungs-/Anlauf-/Infostelle
- Fortbildungen zum Thema Sucht
- Infomaterial zu Medikamenten mit Suchtpotenzial
- Begleitdienste
- Informationsveranstaltungen

Antworten Altenheime:

- Kooperation mit Ärzten (Fachbereiche Neurologie, Psychiatrie, Psychologie) und Angehörigen, Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen
- Konzepte zum Umgang mit Sucht im Alter
- Fort- und Weiterbildung zum Thema "professioneller Umgang und Pflege bei bestehender Suchtproblematik"
- Suchtprävention für "Junge Alte"
- Ambulante Beratung im Pflegeheim

Frage 8:

Mit welchen Stellen besteht bereits eine ausreichende Zusammenarbeit, mit welchen Stellen wäre eine vermehrte Zusammenarbeit wünschenswert?

- Suchtberatungsstellen
- niedergelassene Ärzte
- Selbsthilfegruppen
- Psychologische Beratungsstellen
- Soziale Dienste

Eine Kooperation in ausreichendem Maße war zu 77,6% mit niedergelassenen Ärzten und zu 50,9% mit Sozialen Diensten vorhanden. Demzufolge wünschten sich auch hier nur 12,1% eine Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und 9,5% mit Sozialen Diensten.

29,3% der Befragten sahen eine Zusammenarbeit mit Suchtberatungsstellen als wünschenswert an. Die Kooperation mit Suchtberatungsstellen wurde aber auch von 26,7% der Befragten als ausreichend vorhanden gesehen.

Weitere 28,4% wünschten sich eine bessere Zusammenarbeit mit Psychologischen Beratungsstellen und 25,9% waren der Meinung, dass die Kooperation mit Selbsthilfegruppen wünschenswert sei.

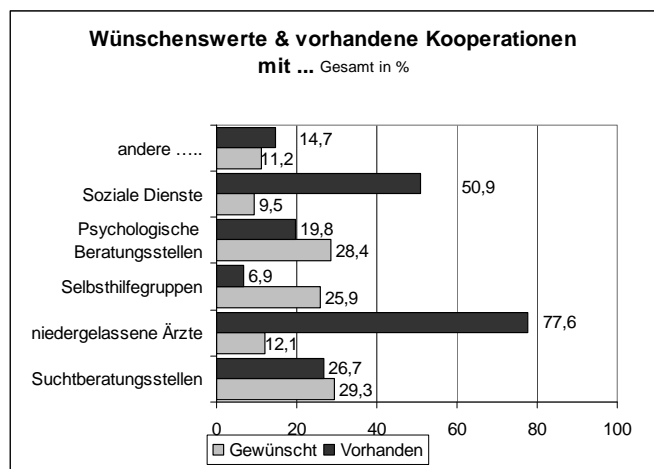


Abb. 16: Wünschenswerte und vorhandene Kooperationen, gesamt in %

Die Frage nach Kooperationen mit anderen Stellen und Diensten beantworteten beide Bereiche sehr unterschiedlich. In der stationären Versorgung waren Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten zu 76,1% und mit sozialen Diensten zu 47,8% vorhanden. Alle weiteren Kooperationspartner erzielten Angaben zwischen 2% und 4%. Diese kaum vorhandenen Kooperationen lagen in der Kategorie ‚wünschenswert‘ bei je 32,6% für Suchtberatungsstellen und Psychologische Beratungsstellen und 23,9% für Selbsthilfegruppen.

Für den ambulanten Bereich gestalteten sich die Kooperationen anders. Vorhanden waren Kooperationen dort zu 78,6% mit niedergelassenen Ärzten, zu 52,9% mit Sozialen Diensten, zu 41,4% mit Suchtberatungsstellen, zu 31,4% mit Psychologischen Beratungsstellen und zu 10% mit Selbsthilfegruppen.

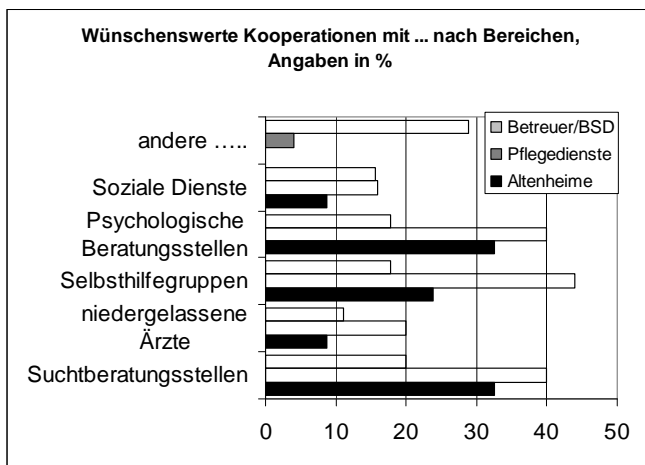


Abb. 17: Wünschenswerte Kooperationen, nach Bereichen in %

Eine stark auffällige Differenz bestand in der Angabe zu den sonstigen wünschenswerten Kooperationen. Hier machten die stationären Einrichtungen keine Angabe gegenüber den 28,9 % der Betreuer/BSD und 4 % der Pflegedienste.

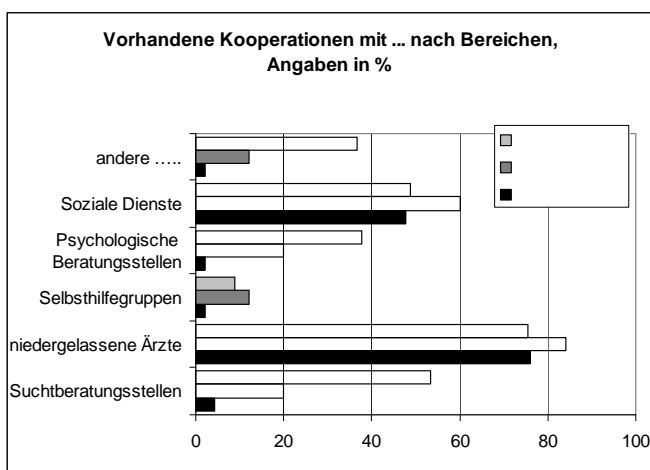


Abb. 18: Vorhandene Kooperationen, nach Bereichen in %

Als sonstige Kooperationspartner wünschten sich die Betreuerinnen/Betreuer/BSD:

- Einrichtungen des betreuten Wohnens,
- Heime für Suchtkranke,
- Fachkliniken und Tageskliniken,

- das Gesundheitsamt,
- den Sozialpsychiatrischen Dienst,
- Apotheken und
- Krankenkassen.

Die Betreuerinnen/Betreuer/BSD kooperierten bereits mit folgenden sonstigen Diensten/Einrichtungen:

- Senioreneinrichtungen,
- Klinken/Suchtkliniken.

Ambulante Pflegedienste nannten gesetzliche Betreuer als vorhandene Kooperationspartner als auch als wünschenswert. Gewünscht waren auch Kooperationen mit dem Pflegebüro und mit Schmerzambulanzen.

Die Rückmeldungen der stationären Altenhilfe enthielten einen Hinweis auf psychiatrische Kliniken in der Kategorie „sonstige vorhandene Kooperationen“, und keine Nennung in der Kategorie „sonstige gewünschte Kooperationen“.

Bemerkungen

Der Raum für Bemerkungen am Schluss des Fragebogens wurde von den Pflegediensten, den Betreuerinnen/Betreuern und dem BSD besser angenommen als von den in Altenheimen Tätigen. Im Folgenden Auszüge der Bemerkungen nach Bereichen.

Die Pflegedienste beklagen vielfach eine fehlende und nicht abrechnungsfähige psychosozialer Begleitung. Zudem zu wenige zugehende Hilfen sowie ein großer Zeitfaktor der sich aus der Dokumentationspflicht ergibt.

Die zahlenmäßig wenigen Bemerkungen aus den Heimen beinhalten Angaben zur Sensibilität gegenüber dem Suchtverhalten allgemein aber auch zu unklaren Zuständigkeiten bei mangelnder Einsichtigkeit der Angehörigen.

Fazit

Die Befragung in Düsseldorf zum Thema Substanzmissbrauch im Alter bestätigt die These der Arbeitsgruppe, dass ein Abhängigkeitspotenzial, gerade unter älteren Bürgerinnen und Bürgern, vorzufinden ist. Diesem Abhängigkeitspotenzial stehen aktuell nur sehr wenige adäquate, der Altersgruppe entsprechenden Angebote, gegenüber.

Zudem steigt die Zahl der von Substanzmissbrauch gefährdeten bzw. betroffenen älteren Düsseldorfer Bürgerinnen und Bürger aufgrund der demografischen Entwicklung weiter an.

Die demografische Entwicklung zeigt deutlich eine zunehmende Alterung der Bevölkerung für die nächsten Jahrzehnte. Von den etwa 585.000 Düsseldorfer Bürgerinnen und Bürgern im Jahr 2007 sind ca. 145.000 in der Altersgruppe 60 Jahre und älter.

Bis zum Jahr 2020 wird eine Bevölkerungszunahme von 4,2% erwartet. Mit steigendem Lebensalter ist bei Verbesserung der Lebensbedingungen mit einer höheren gesunden Lebenserwartung zu rechnen. Während sich für die Altersgruppen zwischen 20 und 60 Jahren kaum Veränderungen ergeben, wird nach einer Berechnung des Amtes für Statistik und Wahlen der Landeshauptstadt Düsseldorf die Gruppe der 80-jährigen und älteren Düsseldorferinnen und Düsseldorfer um 34,4% bis zum Jahr 2020 ansteigen.¹⁵

Aktuell werden auf Landes-, Bundes- und auf Europaebene verstärkt speziell auf ältere Menschen zugeschnittene Maßnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung entwickelt und implementiert. Die folgende Auswahl an aktuellen Aktivitäten unterstreicht die Bedeutung des Themas „Alter und Gesundheit“ für die Gesellschaft und die Versorgungssysteme in den nächsten Jahren.

Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW veröffentlichte im November 2007 den Gesund-

heitsbericht Spezial mit dem Titel „Gesundheit und Alter – demografische Grundlagen und präventive Ansätze“. Die 81. Gesundheitsministerkonferenz hat einen Beschluss zum Thema „Gesundheit im Alter“ gefasst. Der 111. Deutsche Ärztetag beschließt „Aktives Altern“ als weiteres nationales Gesundheitsziel für Deutschland zu formulieren. Das Forum Gesundheitsziele Deutschland – gesundheitsziele.de hat daraufhin das Thema „Gesund älter werden“ in den aktuellen Auswahlprozess für weitere nationale Gesundheitsziele aufgenommen.

Besonders eindrucksvoll beschreibt die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht das Thema unter dem Titel „Substanzkonsum im Alter – ein vernachlässigtes Problem“ in ihrem Briefing Nr. 18, Drogen im Blickpunkt: „Die Prognosen für die kommenden Jahre sind ... besorgniserregend, und der Substanzmissbrauch im Alter könnte sich zu einem vernachlässigten Problem unter vernachlässigten Bürgern entwickeln.“¹⁶

Die Suchthilfe ist bisher nicht ausreichend auf die Auswirkungen dieser demografischen Entwicklung vorbereitet bzw. befindet sich gerade in der Entwicklungsphase von Konzepten für ältere Abhängigkeitskranke. Zu den Themen Drogenkonsum und Drogenkonsumen liegen für Deutschland aktuell zwar regelmäßig erhobene Umfrageergebnisse vor, diese beziehen sich jedoch primär auf die Alterskohorten von 10 bis 59 Jahren.

So benennt der REITOX-Bericht 2007¹⁷ des nationalen deutschen Knotenpunkts nicht einen Survey, der zentral das Konsumverhalten älterer Abhängigkeitskranker im Alter von über 60 Jahren thematisiert. Kaum eine Studie befasst sich mit der Altersgruppe der 60- bis 80-Jährigen bzw. mit der Gruppe der Hochaltrigen über 80-Jährigen.

Nicht nur für Düsseldorf existieren somit keine eindeutigen Daten zum Thema.

¹⁶ Drogen im Blickpunkt, Nr. 18, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon, 2008

¹⁷ Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD)

Einen wichtigen Beitrag zu diesem Thema leistete die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) mit ihrer im Jahr 2006 durchgeführten Kampagne „Unabhängig im Alter“. Sie konnte mit dieser Kampagne keine breite öffentliche Diskussion zum Thema initiieren, jedoch konnte sie die Fachöffentlichkeit sensibilisieren und viele neue Projekte anregen. Die Zahlen aus der Befragung zu Alkohol-, Nikotin- und Beruhigungs- bzw. Schlafmittelmisbrauch korrespondieren mit denen, die im Rahmen dieser Kampagne von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen zusammen gestellt wurden.

Als positiven Faktor für Datenerhebungen zum Thema Sucht und Alter sieht die Europäische Beobachtungsstelle (EBDD) einen regelmäßigen Kontakt der Betroffenen mit medizinischen Diensten. „Den Einrichtungen zur medizinischen Grundversorgung und anderen Gesundheitseinrichtungen bietet sich somit eine wertvolle Gelegenheit zur Durchführung von Reihenuntersuchungen in dieser Gruppe.“¹⁸ Diese Konstellation bietet vielfältige Möglichkeiten für eine möglicherweise notwendige weitere Entwicklung von Diagnosekriterien speziell für die Zielgruppe der älteren Abhängigkeitskranken.

Neben eindeutiger Kriterien der Diagnostik bedarf es auch spezieller Entwöhnungs- und Therapiekonzepte, die die spezielle Situation älterer Menschen berücksichtigen und vorhandene Potenziale nutzen.

Zentraler Aspekt bei allen konzeptuellen Angeboten zur Therapie von Abhängigkeitserkrankungen im Alter muss die Berücksichtigung von Wechselwirkungen mit verordneten Arzneimitteln wie z. B. Psychopharmaka oder Analgetika sein.

In dem sehr komplexen Kontext von Multimorbidität und chronischen Erkrankungen im Alter ist Abhängigkeit und Sucht nicht immer eindeutig zu klassifizieren. Behandlungs- und Betreuungskonzepte müssen multiprofessionell ausgerichtet sein und die Grenzen einzelner Versorgungsbereiche und Einrichtungen überschreiten. Es ist erforderlich, dass die Versorgung das

soziale Umfeld berücksichtigt und Betroffenen und ihren Angehörigen gleichermaßen Hilfen und Entlastungsmöglichkeiten anbietet. Eine koordinierte Versorgung muss zwischen den Hilfeanbietern vernetzt werden, damit eine für die Patienten leicht zugängliche und auf ihre individuelle Situation zugeschnittene Unterstützung möglich wird.

Auf dem Weg hin zu einer verbesserten Versorgung älterer abhängigkeitskranker Düsseldorfer Bürgerinnen und Bürger soll dieser Bericht einen Beitrag zur Diskussion um die konzeptionelle Ausgestaltung eines differenzierten Angebots für diesen Personenkreis.

¹⁸ Drogen im Blickpunkt, Nr. 18, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Lissabon, 2008

Erste Ansätze

Die Träger der Altenhilfe in Düsseldorf haben die besondere Problematik bedingt durch die demografischen Veränderungen bereits erkannt.

Schon während der Befragung Substanzmissbrauch im Alter entwickelten verschiedene Träger unabhängig voneinander Konzepte zur individuellen Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger Heimbewohnerinnen und Heimbewohner.

Der Kreisverband Düsseldorf des Deutschen Roten Kreuzes erstellte das Konzept zur Lebensweltgestaltung im DRK Zentrum Reisholz. Bestandteil dieses Konzeptes ist u. a. die Lebenswelt für ältere Menschen mit Suchthintergrund. Dieses Lebensweltkonzept wurde entwickelt für Menschen, die eines der folgenden Kriterien aufweisen: „Sekundärproblematik infolge von Suchtmittelkonsum, geringe soziale Einbindung u. Wohnungslosigkeit, teilweise aggressives Verhalten, geringer pflegerischer Bedarf, hoher Bedarf an pädagogischer Begleitung“¹⁹. Therapeutisch arbeitet das Konzept mit Anleitungen zu grobmotorischen Tätigkeiten, einer festen Tagesstrukturierung, klaren Regeln und geregelter Konsum sowie unter der Maßgabe der Individualität.

Neben dem DRK-Konzept Lebenswelten hat auch der Caritasverband Düsseldorf ein Konzept zur Beratung, Betreuung und Begleitung von Suchtmittel konsumierenden Menschen im höheren Lebensalter entwickelt und bereits in der Praxis implementiert. Ausgangspunkt für die Konzeptentwicklung seien Probleme in der pflegerischen Versorgung älterer abhängigkeitskranker Menschen gewesen. Im Ergebnis führte dies zu der Einrichtung eines Wohnbereiches für Abhängigkeitskranke in einer Altenhilfeeinrichtung, verbunden mit einer engen Kooperation zwischen Pflege und Suchtkrankenhilfe. In diesem Umfeld werde durch

gezielte soziale und tagesstrukturierende Interventionen versucht, den Konsum zu reduzieren.

Die gute Resonanz auf beide Ansätze verdeutlicht den Bedarf nach zielgruppenspezifischen Versorgungsformen für abhängigkeitskranke ältere Düsseldorfer Bürgerinnen und Bürger.

Wünschenswert ist eine weitere Entwicklung von spezifischen Interventionsangeboten für ältere abhängigkeitskranke Menschen in Düsseldorf.

¹⁹ DRK-Zentrum Reisholz, Konzept „Lebenswelten“, Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Düsseldorf, Vortrag im Rahmen der Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie der Düsseldorfer Gesundheitskonferenz, 2007

Herausgegeben von der

Landeshauptstadt Düsseldorf
Der Oberbürgermeister
Gesundheitsamt

Verantwortlich

Prof. (BG) Dr. med. H. Schneitler

Bericht/Redaktion/Gestaltung

Holger Pfeiffer

Druck

VII/09-500

www.duesseldorf.de